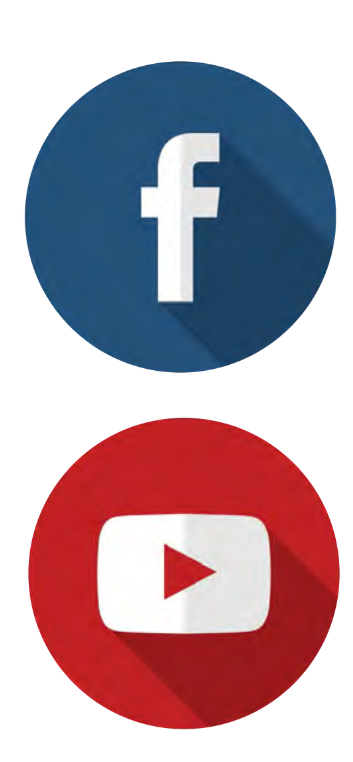
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

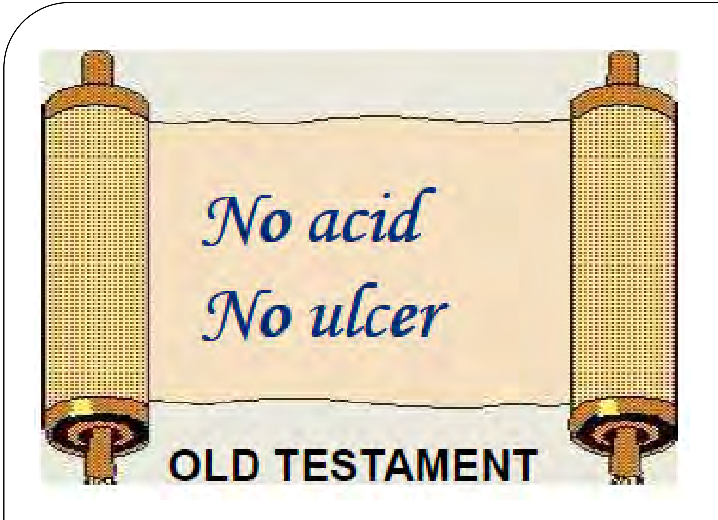






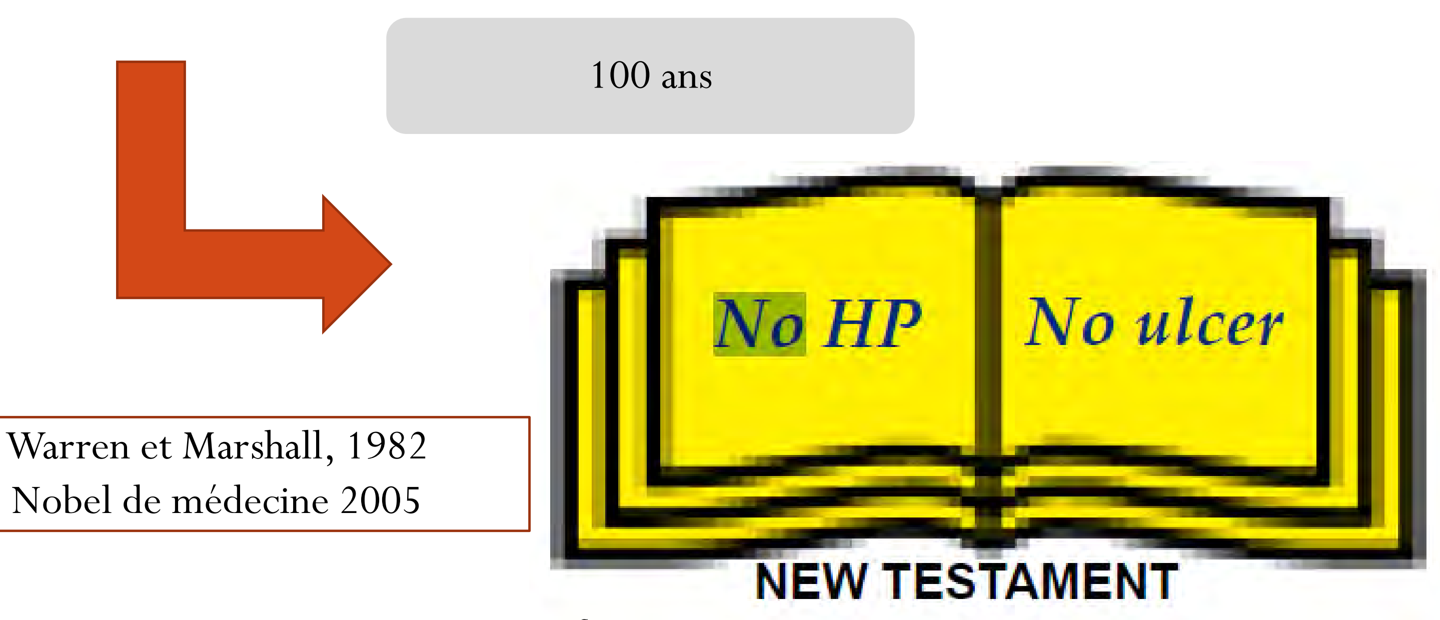
Traitement Chirurgical des Ulcères Gastroduodénaux

D.Ouaret – K.Chaou
Clinique Chirurgicale B
CHU Mustapha



Schwarz K. Über penetrierende Magen und jejunalgeschüre**.** Beitr Klin Chir 1910

100 ans



Warren et Marshall, 1982
Nobel de médecine 2005

L'éradication d 'Helicobacter pylori par les antibiotiques a transformé l'histoire naturelle de la maladie ulcéreuse gastroduodénale. Actuellement, les rares indications chirurgicales électives pour ulcère peptique non compliqué sont limitées aux échecs du traitement médical et à la suspicion de malignité pour l'ulcère gastrique

ULCERE DUODENAL

L'ulcère, qu'il soit gastrique ou duodénal, est une perte de substance plus ou moins étendue de la paroi digestive qui atteint la couche musculaire. Il guérit en laissant une cicatrice. On le différencie des érosions, abrasions, exulcérations superficielles qui n'atteignent pas la couche musculaire et qui guérissent sans cicatrice.

La maladie ulcéreuse duodénale est causée par

-une activité sécrétoire anormale (hyperacidité) => **IPP ++** (1989)

-l'infection à HP. => **ATB ++** (1983)

Hypersécrétion acide : ulcérogene pour le duodénum

- Inhibition hormonale ↘
- Hyperstimulation nerveuse par le nerf vague → VAGOTOMIE
- Hyperstimulation hormonale de gastrine (distension gastrique et aliments protidiques) → ANTRECTOMIE



Traiter la maladie ulcéreuse

Traiter les complications de la MU

Eviter la récidive



Echec du traitement médical

Complications : Perforation +++
Hémorragie
Sténose

PRINCIPE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Agir sur la commande vagale :
Vagotomie +/- pyloroplastie

Agir sur la sécrétion hormonale:
Antrectomie

Méthodes

A/ Vagotomie:

Quel que soit le type de vagotomie réalisé, sa finalité est une dénervation parasympathique complète de l'estomac (vagotomie tronculaire) ou du fundus (vagotomie distale)

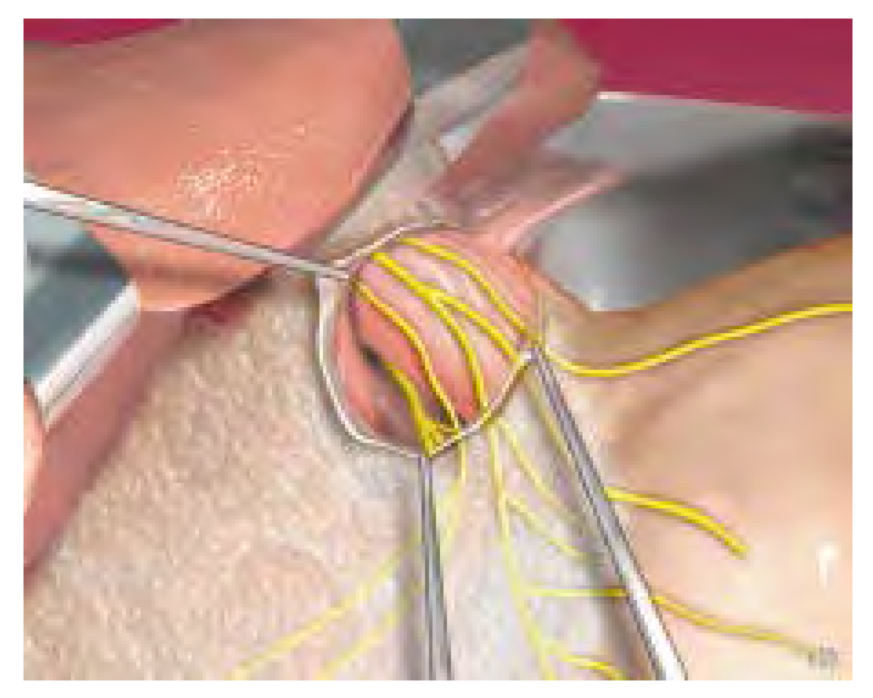
=> lutter contre l'hypersécrétion acide

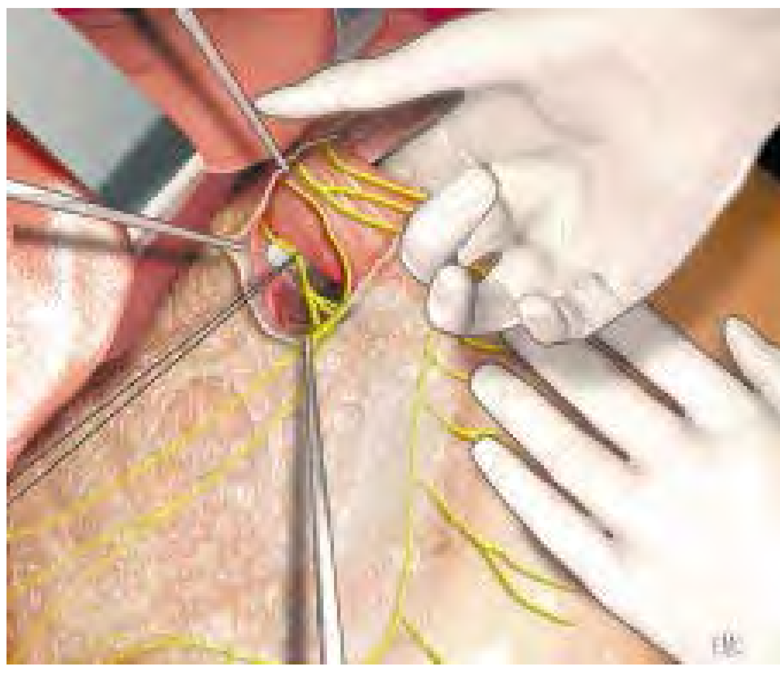
CPC: spasme du pylore, lithiase biliaire, diarrhée post vagotomie

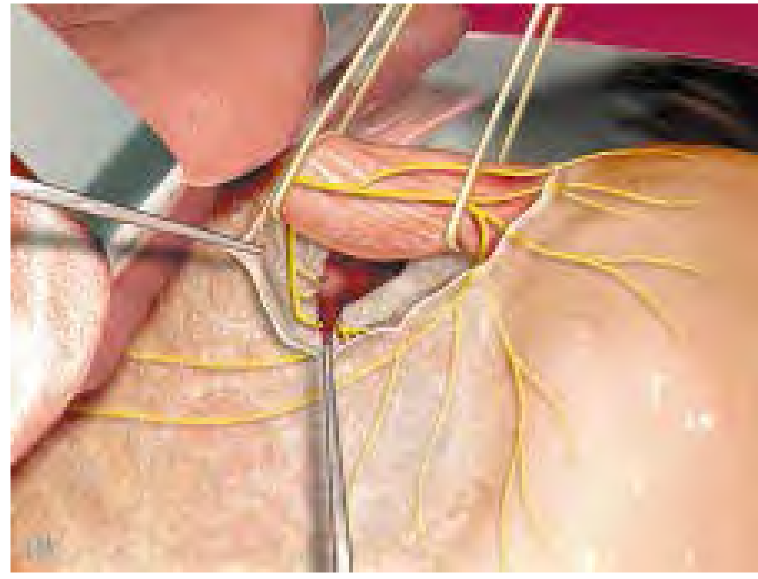
Vagotomie Tronculaire Bilatérale:

Historiquement, Lester Dragstedt en 1943 a été le premier à faire la corrélation entre hyperacidité due à la stimulation vagale et le développement de l'ulcère. Il proposa donc la vagotomie tronculaire bilatérale comme traitement de la maladie ulcéreuse.



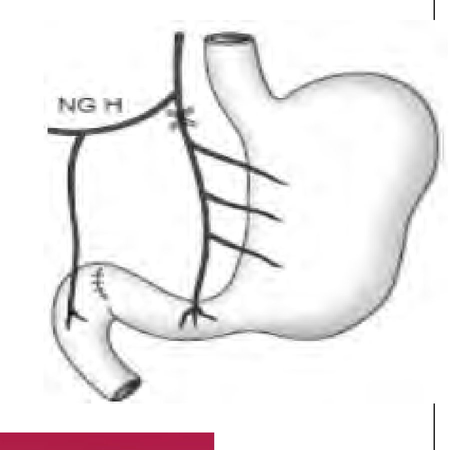


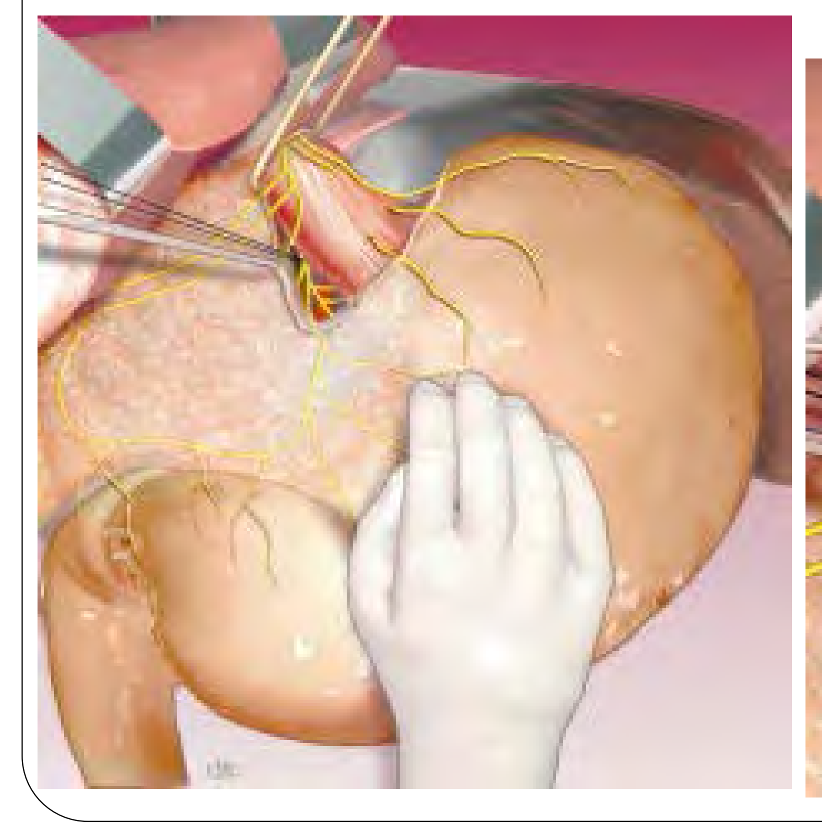


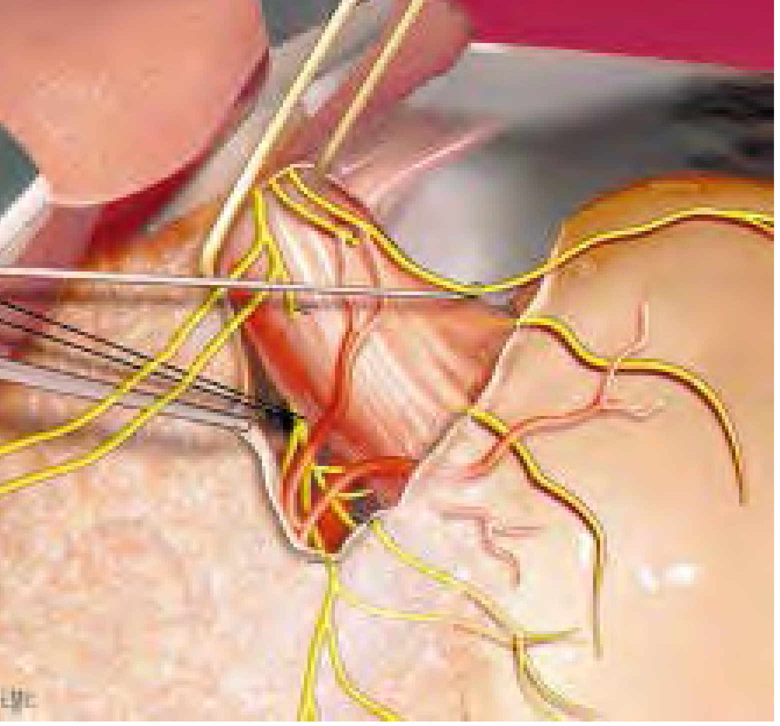


Vagotomie sélective:

Préserve l'innervation vagale de la vésicule biliaire (perturbation de la chasse vésiculaire) et du plexus coeliaque(diarrhée post vagotomie).





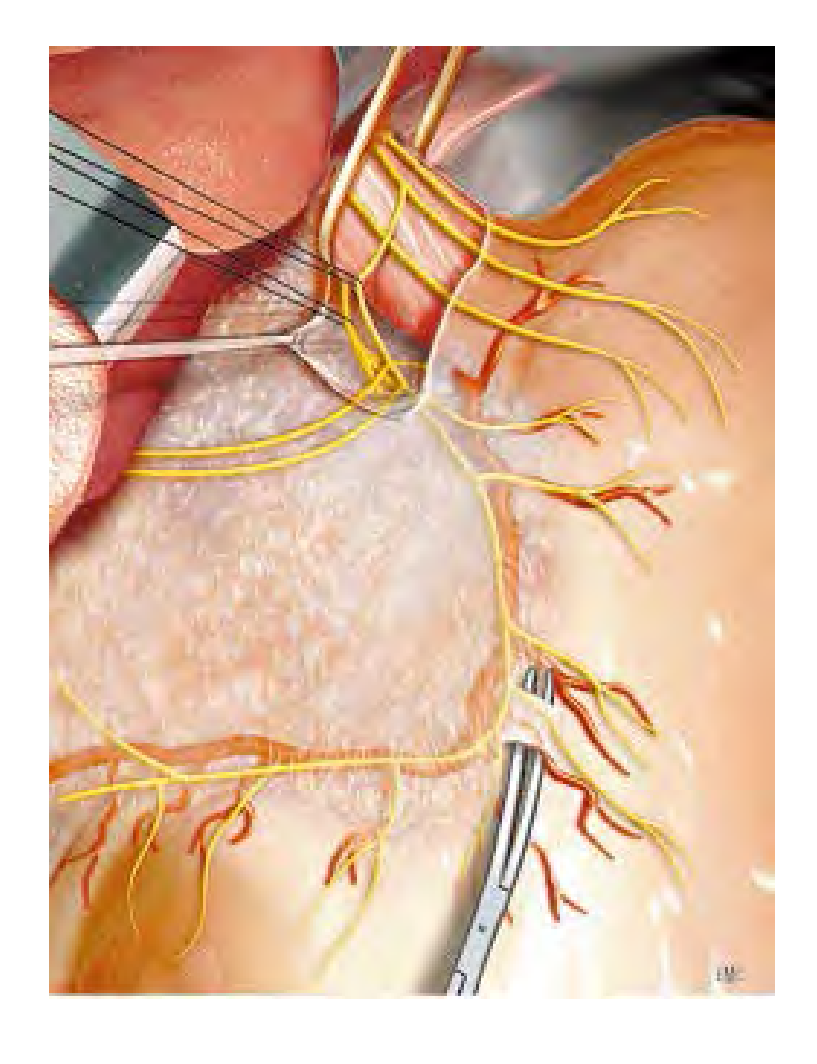


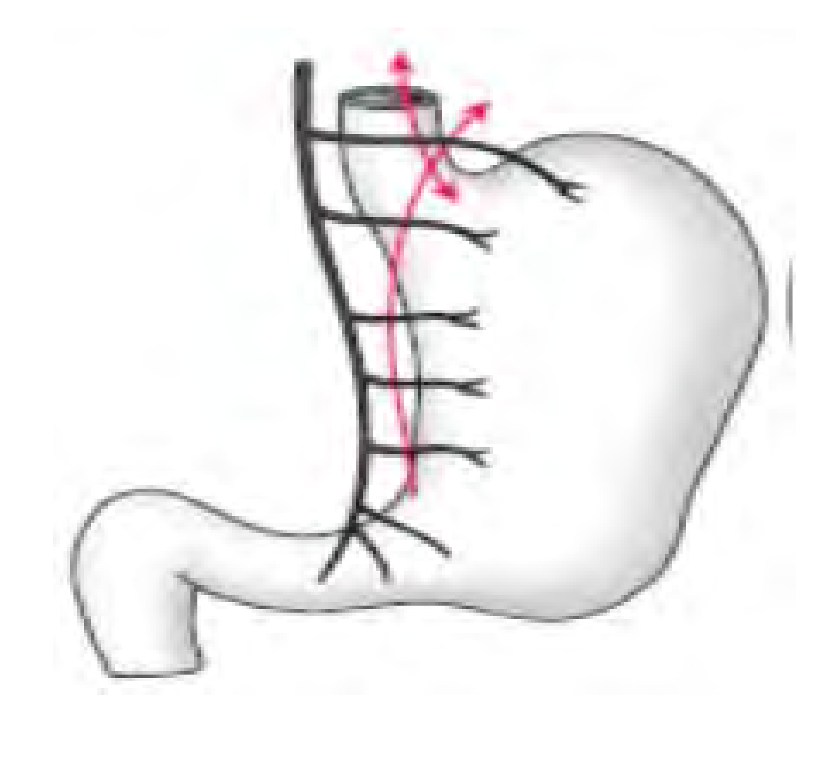
Vagotomie hypersélective : Seromyotomie fundique

Principe: section des branches antérieures et postérieures du nerf vague à destination gastrique au niveau de la paroi de l'estomac. Préserve le nerf de Latarjet, branche qui innerve le pylore. On la nomme aussi branche de la patte d'oie.

Déner ve les cellules pariétale et respecte l'inner vation de l'antre qui assure la vidange gastrique(dénervation du fundus région acidosécrétante, épargnant la région antropylorique et les autres viscères).

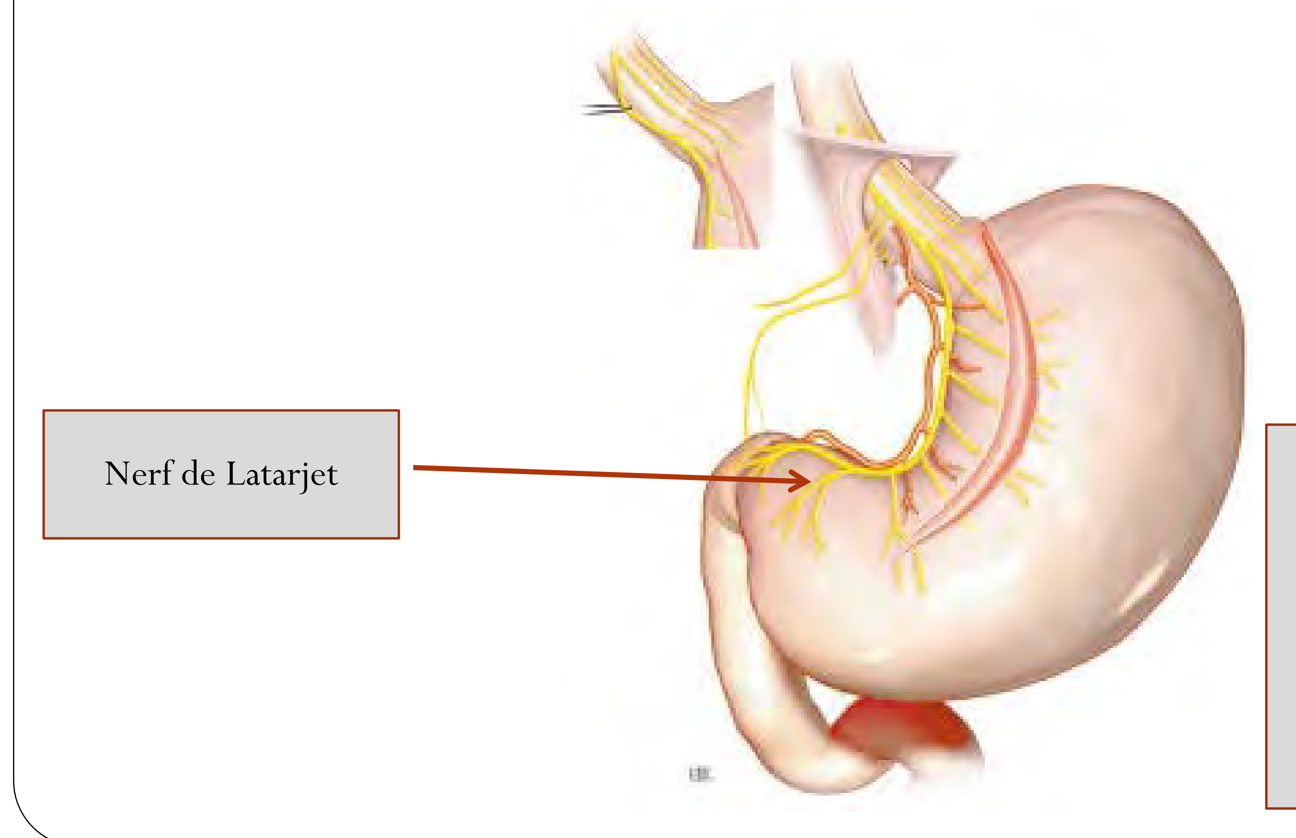
Avec ou sans pyloroplastie (controversé).





Intervention de Taylor: 1979

VT + Seromyotomie fundique antérieure à 1,5cm de la petite courbure. Section de la séreuse et de la musculeuse.



Préserve les filets antropyloriques du nerf de Latarjet antérieur (fonctionnement du pylore)

Vidange Gastrique:

Dragstedt s'aperçut que la vagotomie tronculaire entrainait un dysfonctionnement du pylore (spasme).

Il fut donc nécessaire d'y adjoindre un geste de drainage de l'estomac, à type de gastro-entéro-anastomose ou de pyloroplastie.

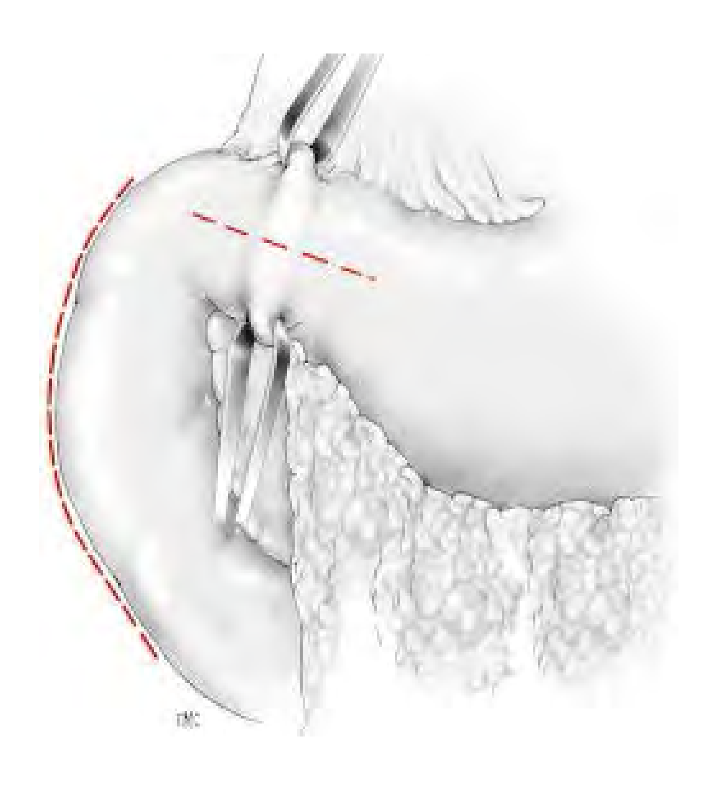
Les pyloroplasties, ayant l'avantage de ne pas modifier le circuit physiologique digestif, ont été privilégiée.

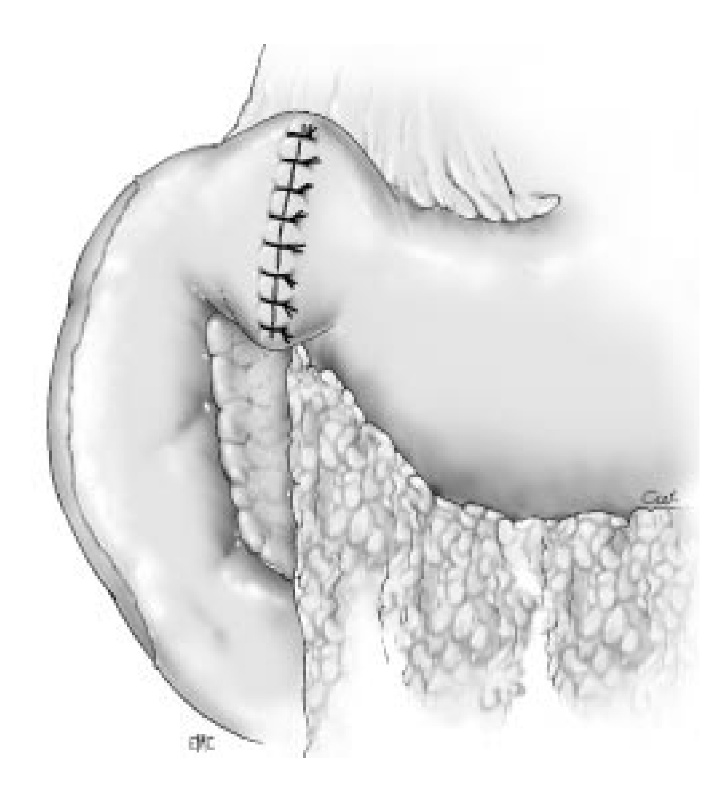
B/ Pyloroplastie :

Décrite pour la première fois en 1886 par Heineke puis en 1888 par Mikulicz pour des lésions propres au pylore.
C'est Dragstedt en 1946 qui établit le lien entre vagotomie et pyloroplastie.
De nombreux types de pyloroplasties existent avec ou sans résection tissulaire.

Sans résection tissulaire

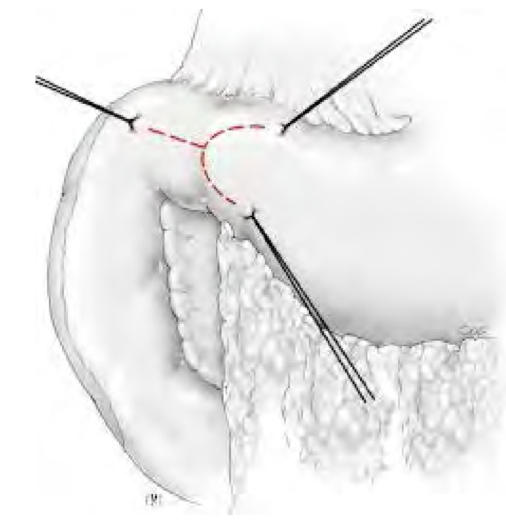
Pyloroplastie selon **Heineke-Mickulicz**:

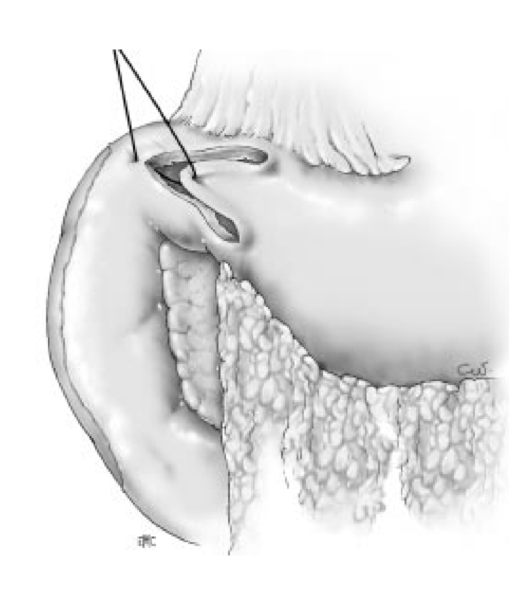


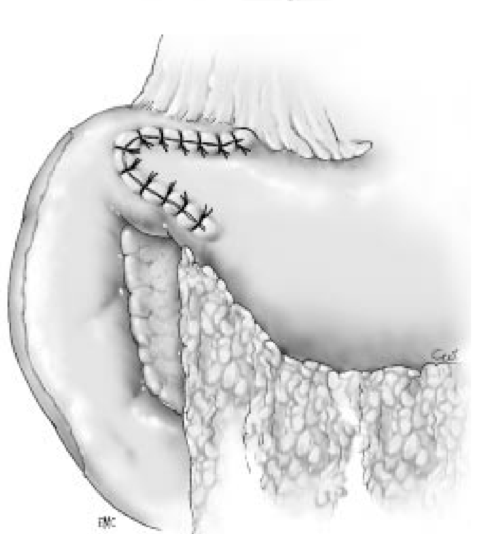


Ouverture antro-pyloro-duodénale horizontale (6cm).
Suture verticale par points séparés extramuqueux

Pyloroplastie en Y selon **Moschel-Murat**:



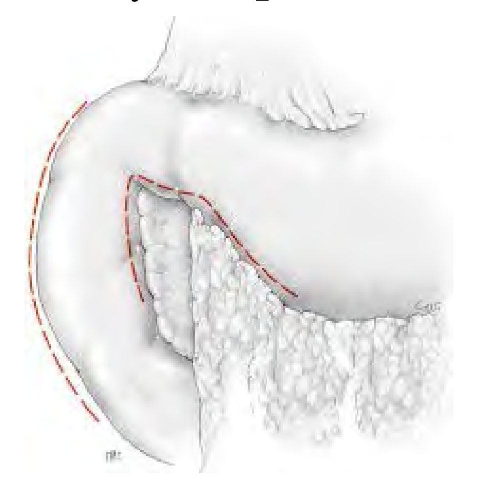


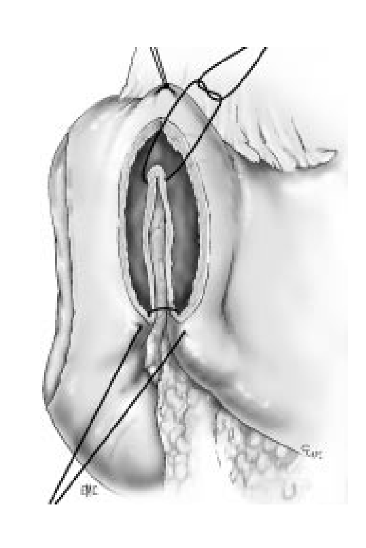


Incision antérieure antro-pyloro-duodénale suivant la forme d'un Y.

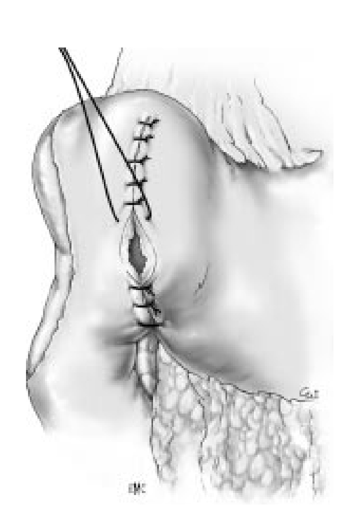
Suture bord à bord du lambeau antral avancé.

Pyloroplastie selon **Finney**:







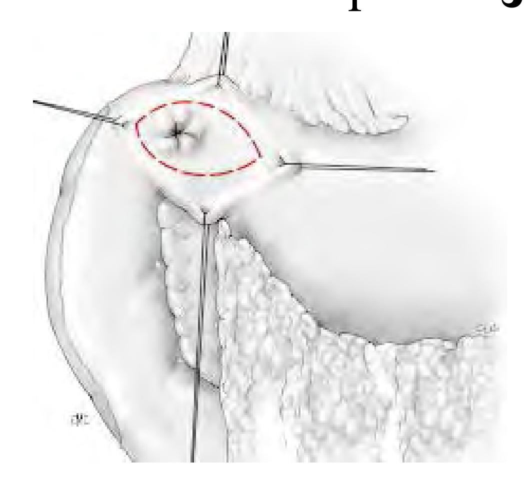
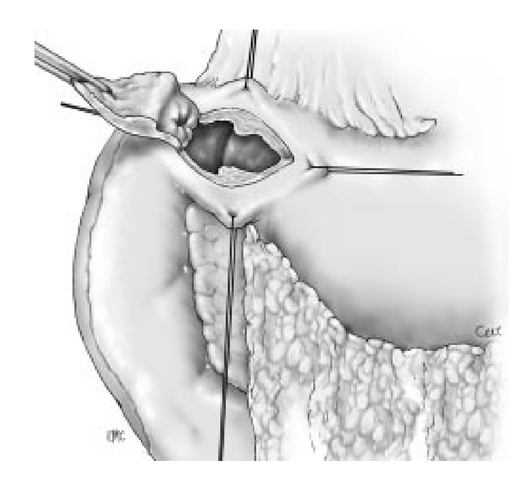
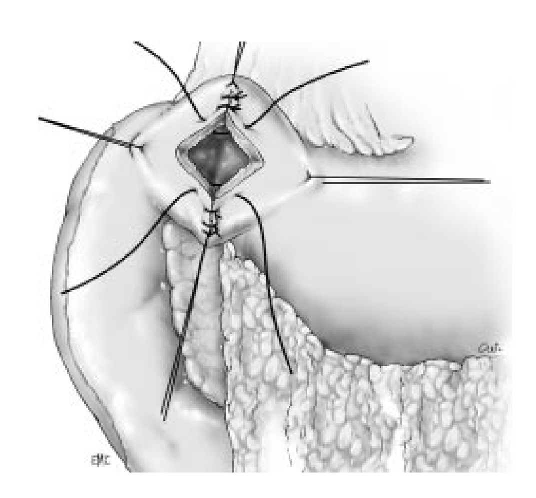


Tracé d'une incision arciforme à convexité supérieure centrée sur le pylore.
Point angulaire supérieur du plan postérieur.
Plan de suture postérieur (points noués à l'intérieur).

Avec résection tissulaire

Ulcère localisé, face antérieure du pylore

Technique de **Judd** ++

Résection pylorique antérieure horizontale. Suture verticale.

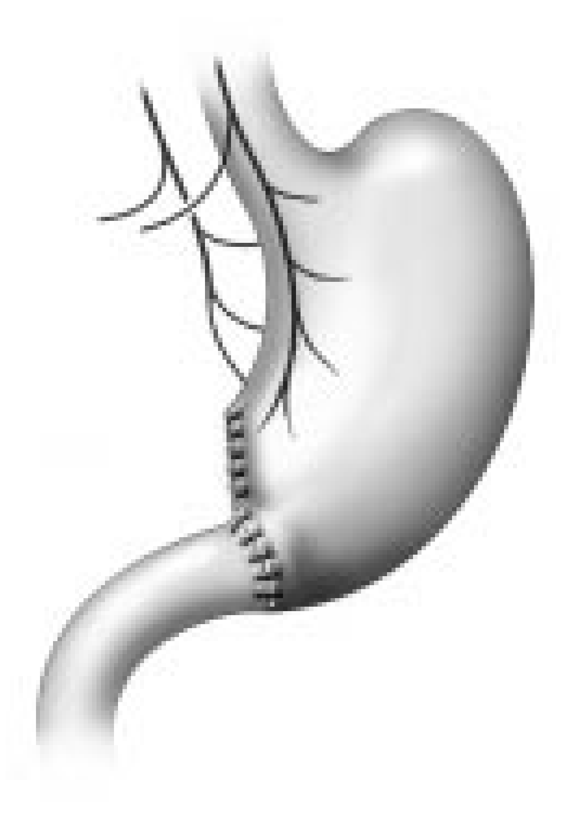
C/ Gastrectomie :

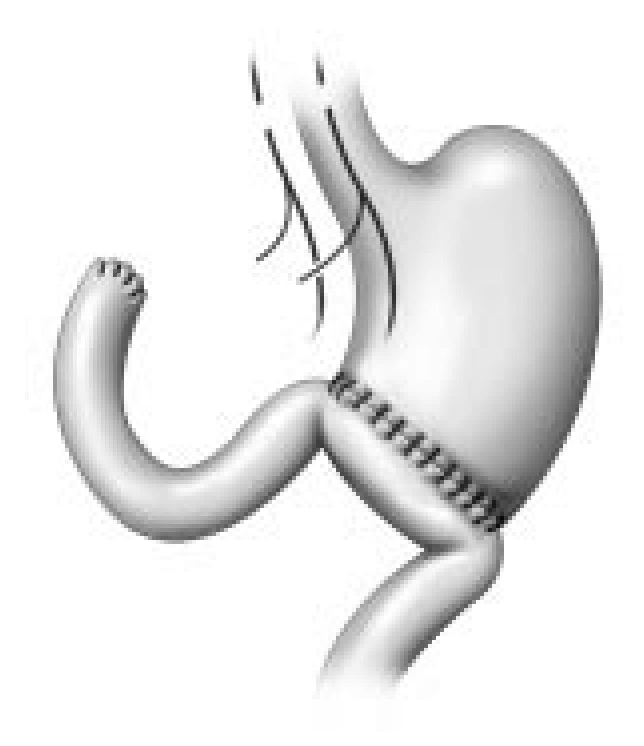
=>Supprimer la sécrétion hormonale de gastrine

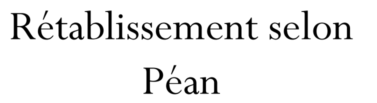
-Exérèse limitée à l'antre pour limiter les séquelles fonctionnelles des gastrectomies .

-Associée à une VT obligatoirement.

-Rétablissement de continuité gastroduodénale selon Péan ou gastrojéjunale (Finsterer ou Polya)







Rétablissement selon Péan

Rétablissement selon Polya

Séquelles fonctionnelles

Le retentissement des séquelles fonctionnelles de la chirurgie ulcéreuse est évalué selon la classification de Visick en quatre stades :

- I : parfait.
- II : bons résultats mais troubles nécessitant de temps en temps un régime ou une prise médicamenteuse.
- III : patients prenant des médicaments en permanence .
- IV : récidives ou nécessité d'un traitement chirurgical pour traiter les symptômes fonctionnels.

Résultats

L'analyse des résultats rétrospectifs publiés par Goligher en 1979 a montré que les résections gastriques (gastrectomie subtotale et vagotomie-antrectomie) s'accompagnaient à long terme d'un taux de récidive moindre qu'après vagotomies seules .

Mais intervention mutilante pour une pathologie

bénigne.

La VT isolée a un taux de récidive de l'ordre de 10 %.

Associée à une antrectomie, le taux chute à moins de 1 %.

L'intervention de Taylor a un taux de récidive entre 6 et 12 %.

ULCERE GASTRIQUE

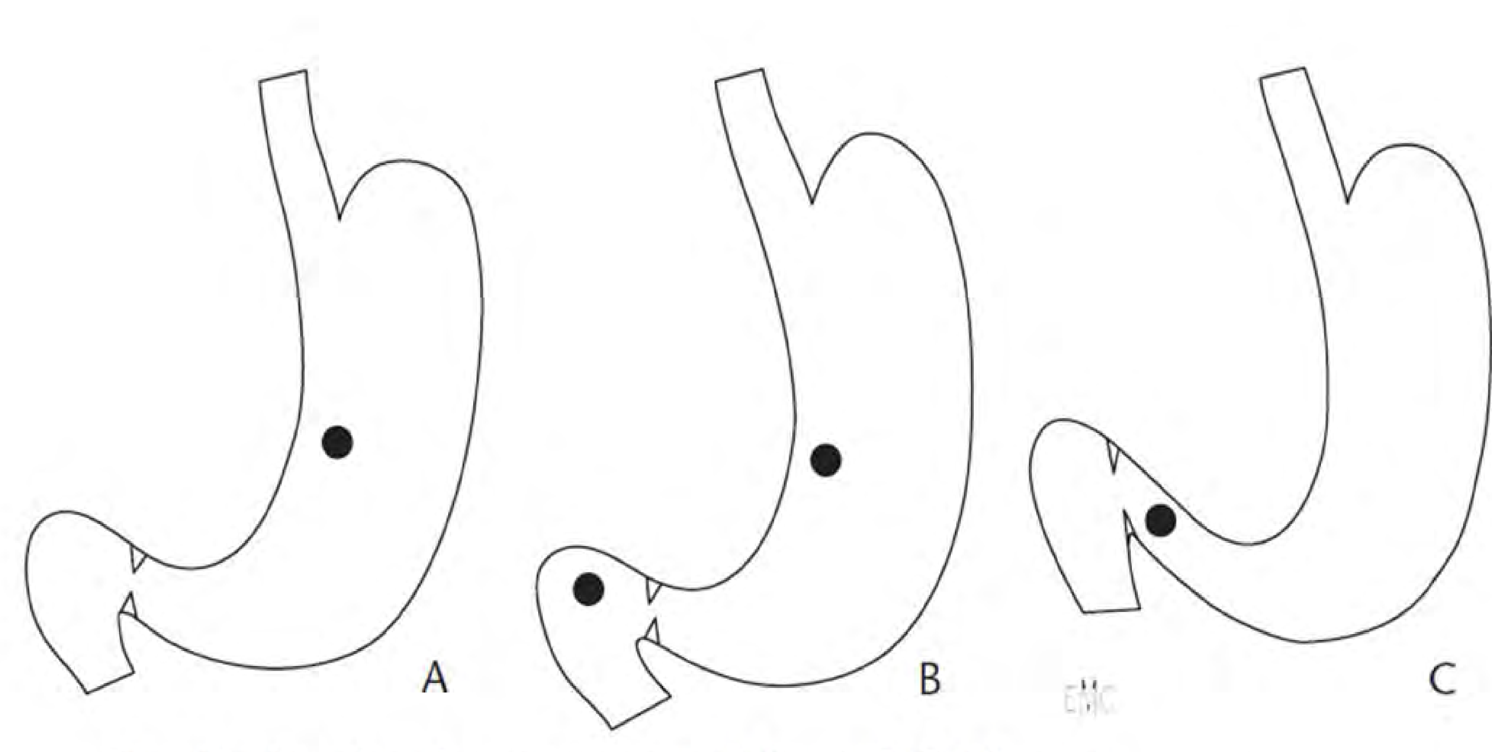
-L'acidité gastrique intervient peu dans la genèse de l'ulcère gastrique qui est souvent associé à une gastrite chronique atrophique.

-Hp est responsable de 70 % des ulcères gastriques .

-Les AINS sont responsables de la majorité des ulcères gastriques Hp négatifs.

-Le risque évolutif de l'ulcère gastrique, à l'exception de l'ulcère prépylorique, est la dégénérescence, dont le risque relatif est de 1,8 à 3 ans et la prévalence de 2 % .

-Ce risque impose l'exérèse de tout ulcère gastrique résistant au traitement médical.



Classification des ulcères gastriques (d'après HD Johnson).
A. Type I : ulcère du corps gastrique ou de la portion supérieure de l'antre.
B. Type II : même ulcère, mais associé à un ulcère duodénal ancien.
C. Type III : ulcère prépylorique.

Indication du traitement chirurgical:

-échecs du traitement médical

-suspicion de malignité =>

.biopsies itératives négatives

.dysplasie sévère

.absence de cicatrisation (6 mois de TRT)

.UG HP neg., non lié aux AINS ou à l'aspirine, persistant après 2 mois de TRT.

Méthodes

Type I et II:

-Simple excision associée à une vagotomie.

-Gastrectomie réglée ou atypique.

Type III : traité comme les ulcères duodénaux.

Traitement des complications

Ulcère duodénal :

Trois complications =>

- Perforation ++
- Hémorragie
- Sténose

A/ Ulcère duodénal perforé :

-5 à 10 %

-TRT non opératoire possible si

.patient à jeun lors de l'incident.

.douleurs de moins de 24 H

=> Aspiration nasogastrique
IPP
ATB

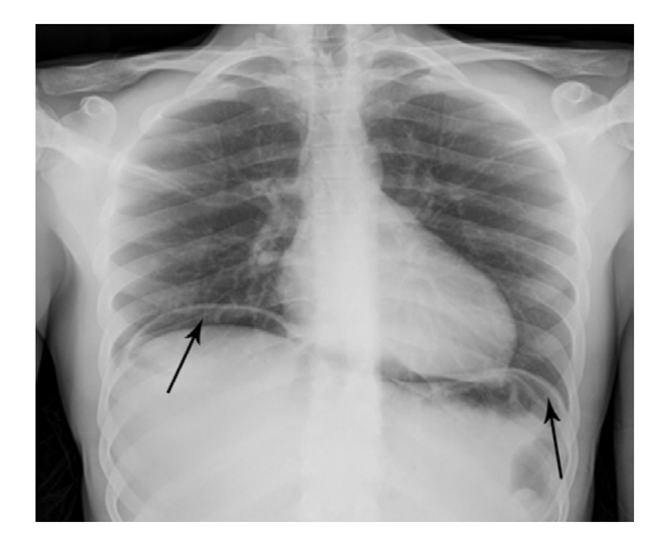
Méthode de Taylor

Mais: - taux d'échec 16 à 28%

- morbidité 24 à 50%

- mortalité 5 à 8%

Donc : Traitement chirurgical +++

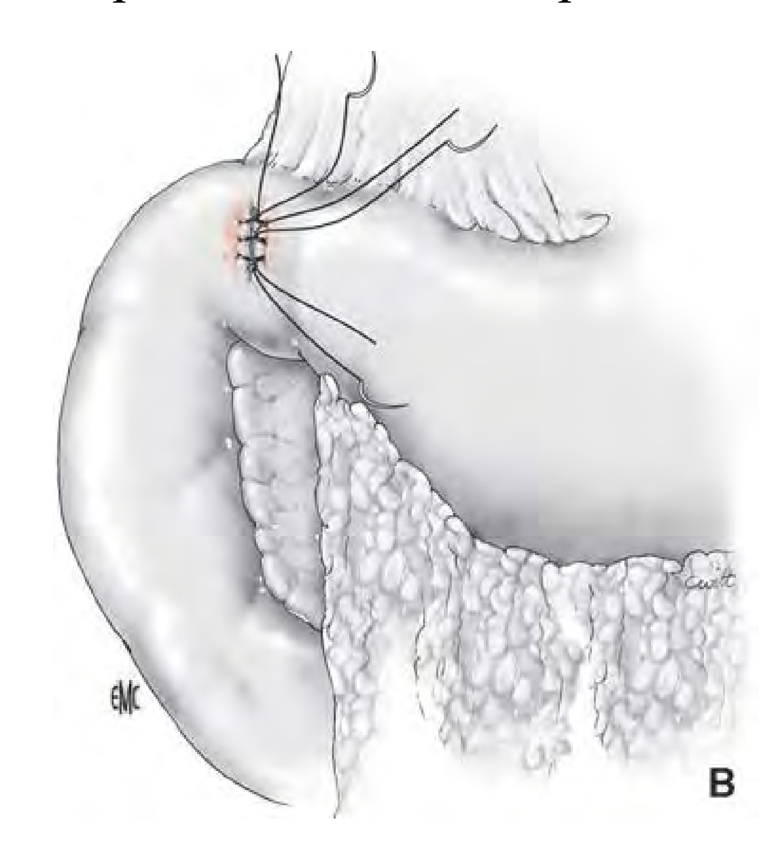


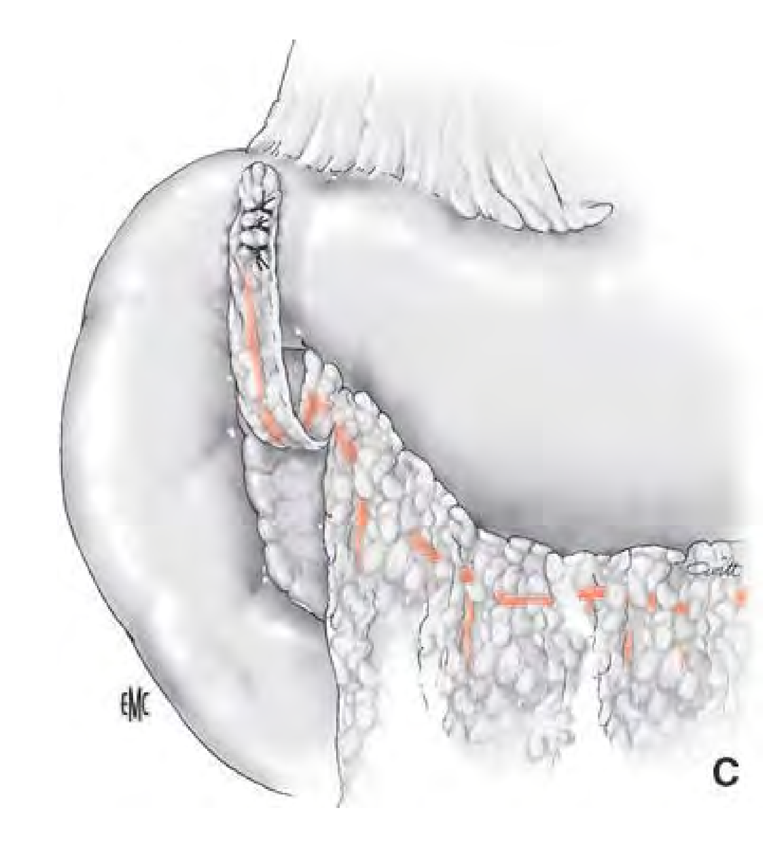




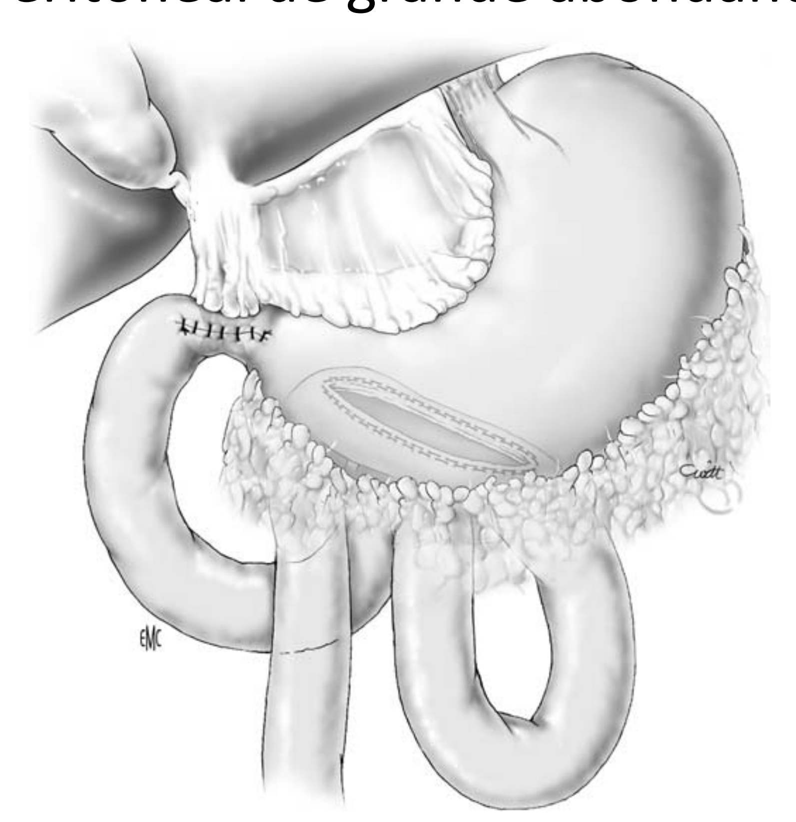
Abord Laparoscopique: méthode de référence.

Actuellement , une suture simple de la perforation est pratiquée avec un relais par le traitement médical en postopératoire (trithérapie).

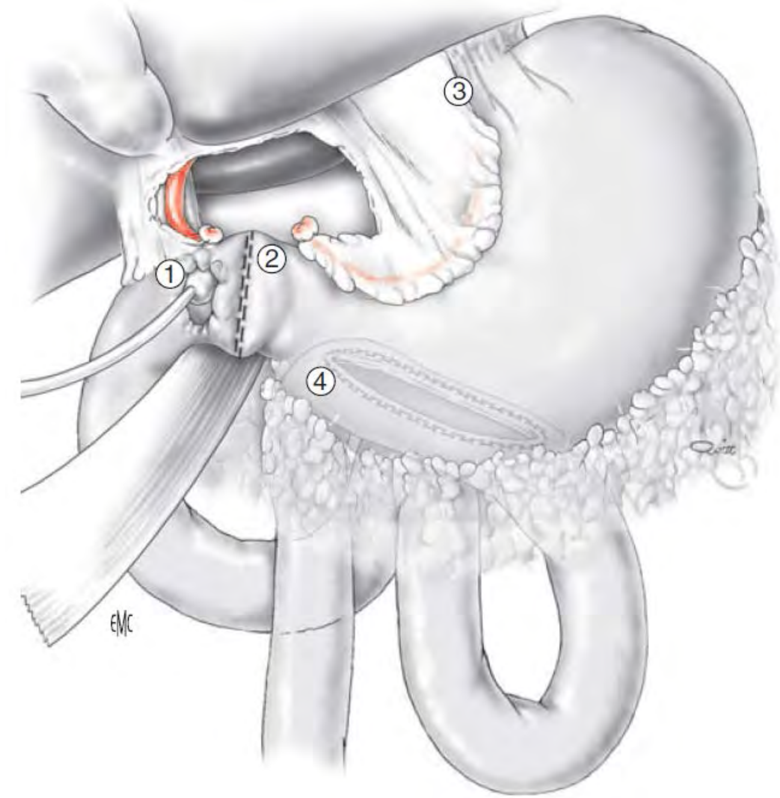




Laparotomie: en cas d'occlusion majeure, ou état de Choc => perforation importante avec épanchement Péritonéal de grande abondance.



Suture longitudinale à l'origine d'une sténose duodénale. Le geste associe une vagotomie et une gastroentéroanastomose



La suture duodénale est irréalisable. Le geste comprend : une fistulisation dirigée du duodénum (1), une exclusion duodénale (2), une vagotomie (3), une gastroentéroanastomose (4).

B/ Hémorragie:

-30% des hémorragies digestives hautes.

-Causes médicamenteuses ou stress ++

-Tarissement spontané 70 à 80% des cas (IPP ou arrêt de la médication responsable).

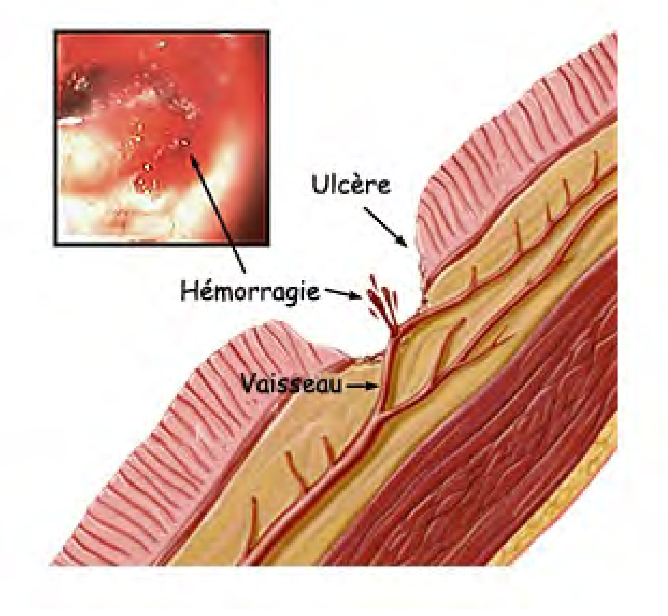
Endoscopie:

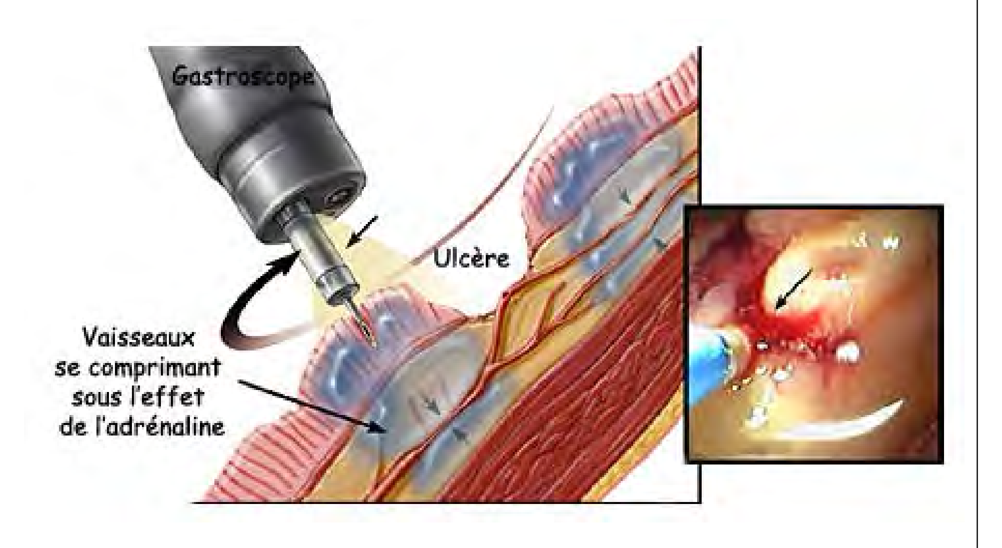
- -origine du saignement
- -importance du saignement
- -trt endoscopique ou chirurgie

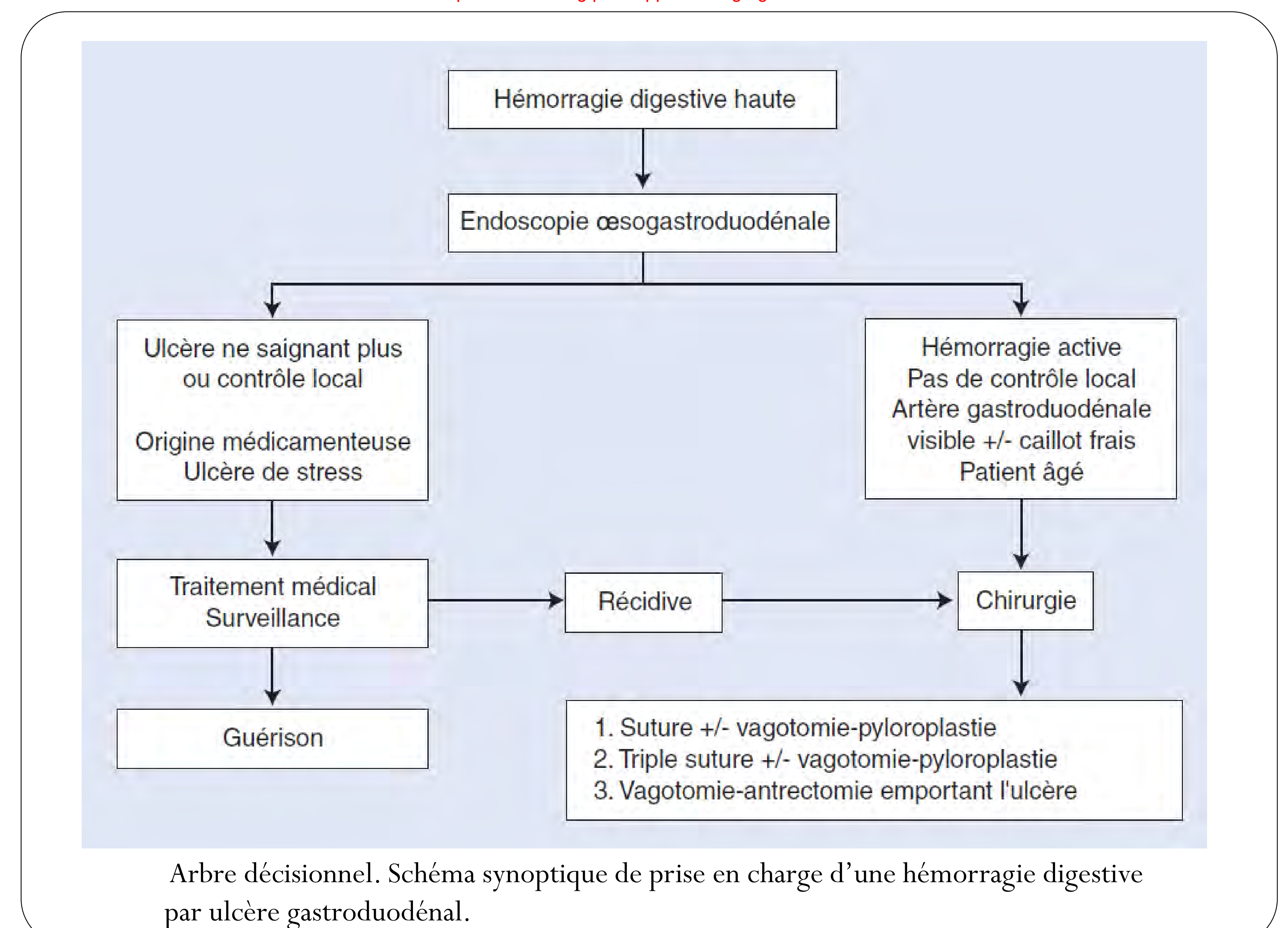
TRT endoscopique:

- -Hémostase par application de colle
- -Coagulation à l'argon, sclérose,
- -Hyperthermie, ligature, clips
- -Injection d'adrénaline.

Evite le recours à la chirurgie plus de 80% des cas


Ulcère
Hémorragie
Vaisseau

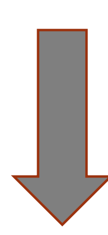

Gastroscope
Ulcère
Vaisseaux
se comprimant
sous l'effet
de l'adrénaline



Arbre décisionnel. Schéma synoptique de prise en charge d’une hémorragie digestive par ulcère gastroduodénal.

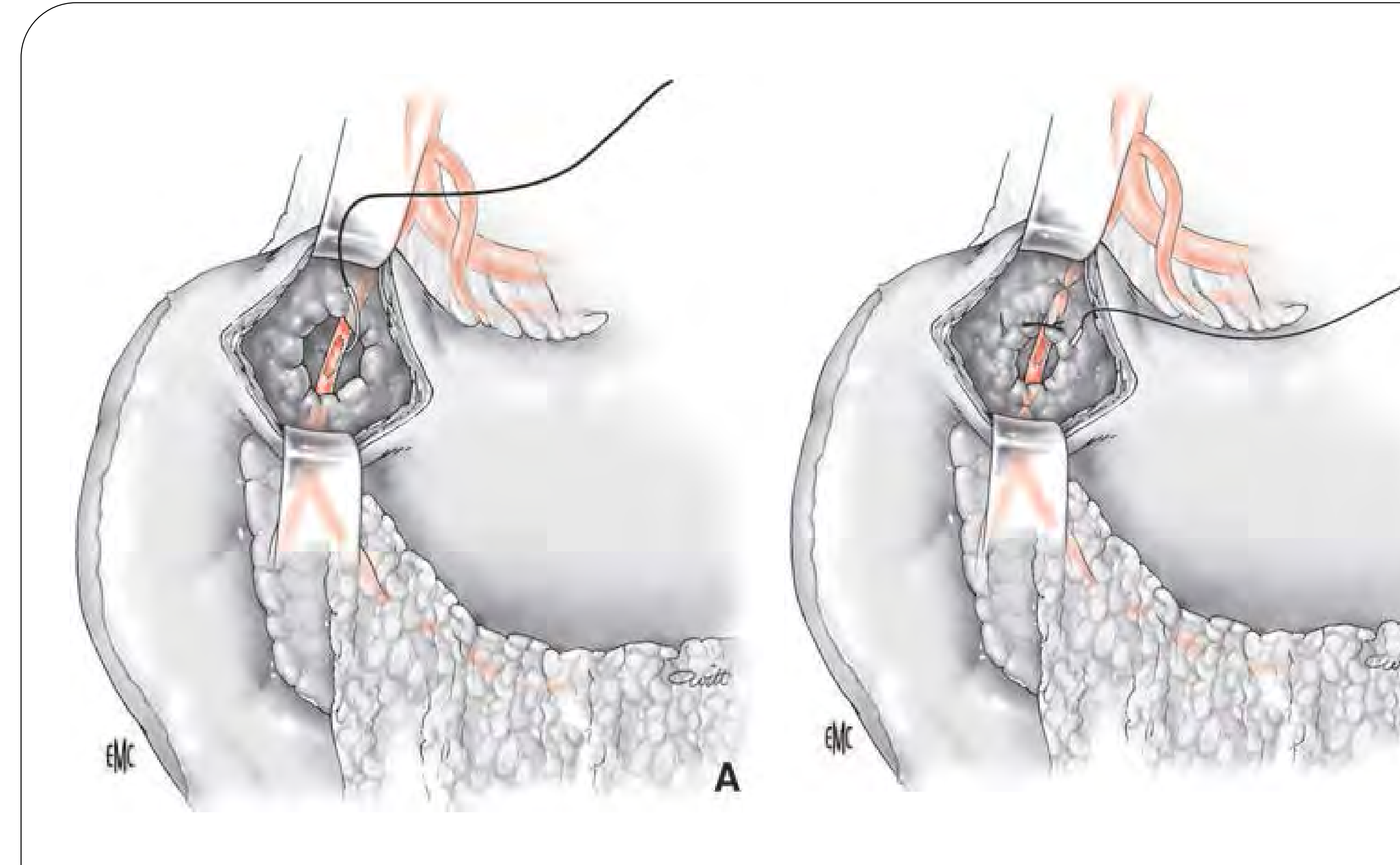
TRT chirurgical :

-Assurer l'hémostase.
-Traiter la maladie ulcéreuse.



suture directe de l'artère + pyloroplastie + vagotomie

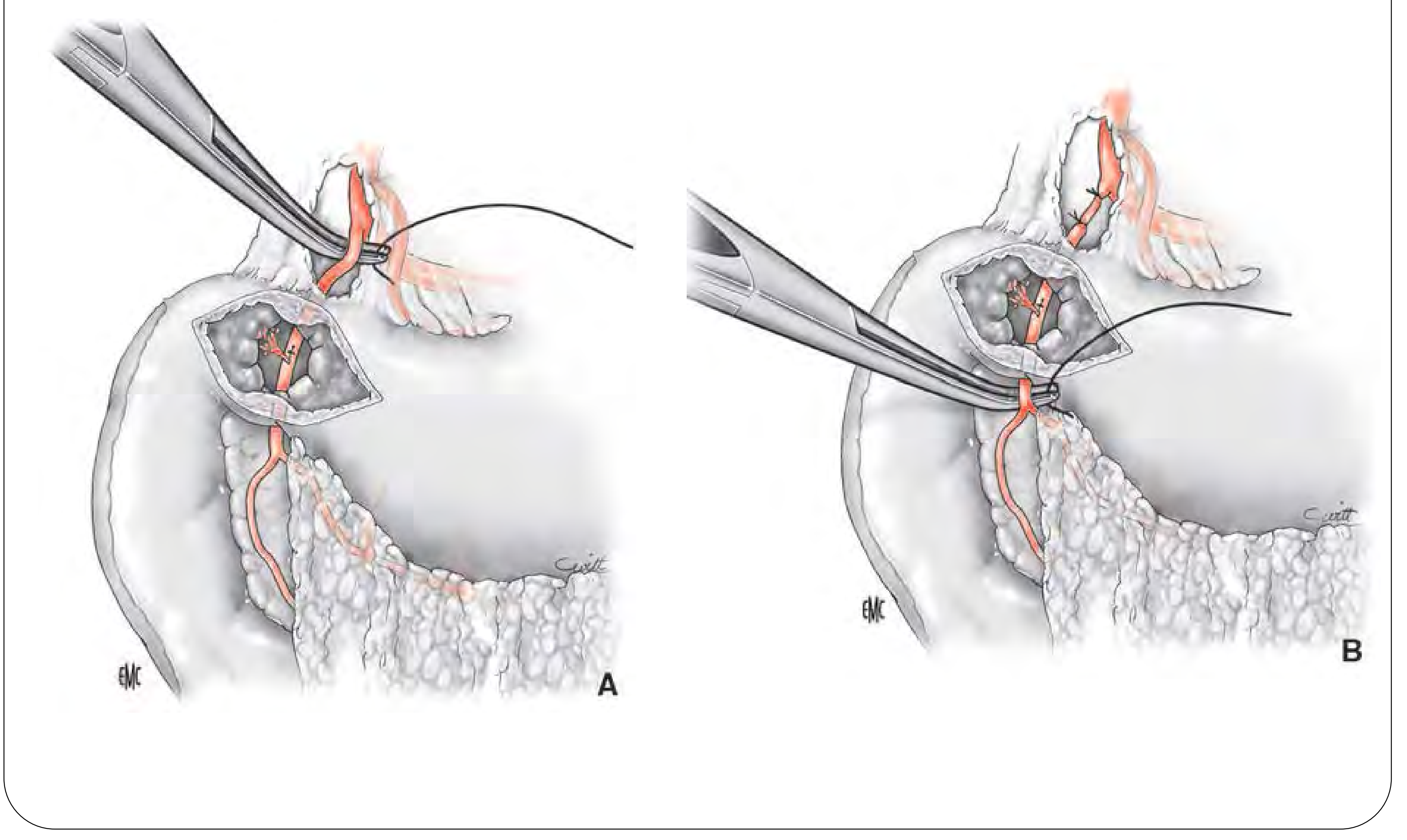
Intervention de Weinberg



Suture directe de l'artère gastroduodénale au fond de l'ulcère.

Suture directe de l'ulcère, complétée par une suture sus-jacente et sous-jacente de l'artère par voie intraluminale du duodénum.

Parfois , hémostase directe impossible: ligature sus et sous duodénale associée:



C/ Sténose :

-de plus en plus rare

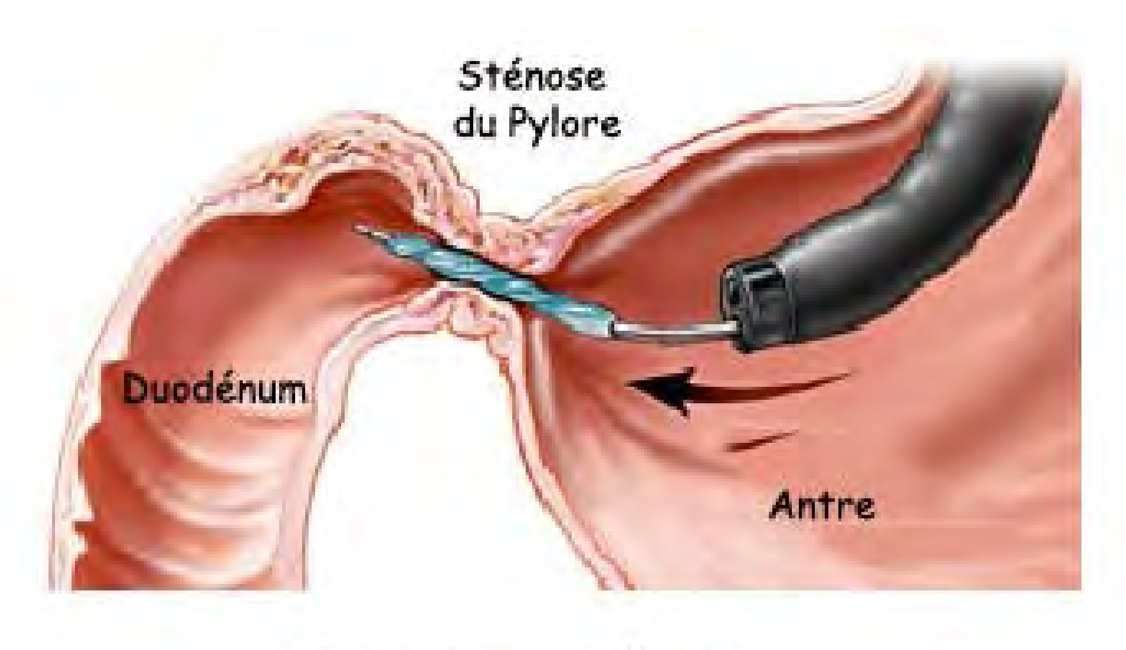
-patients âgé

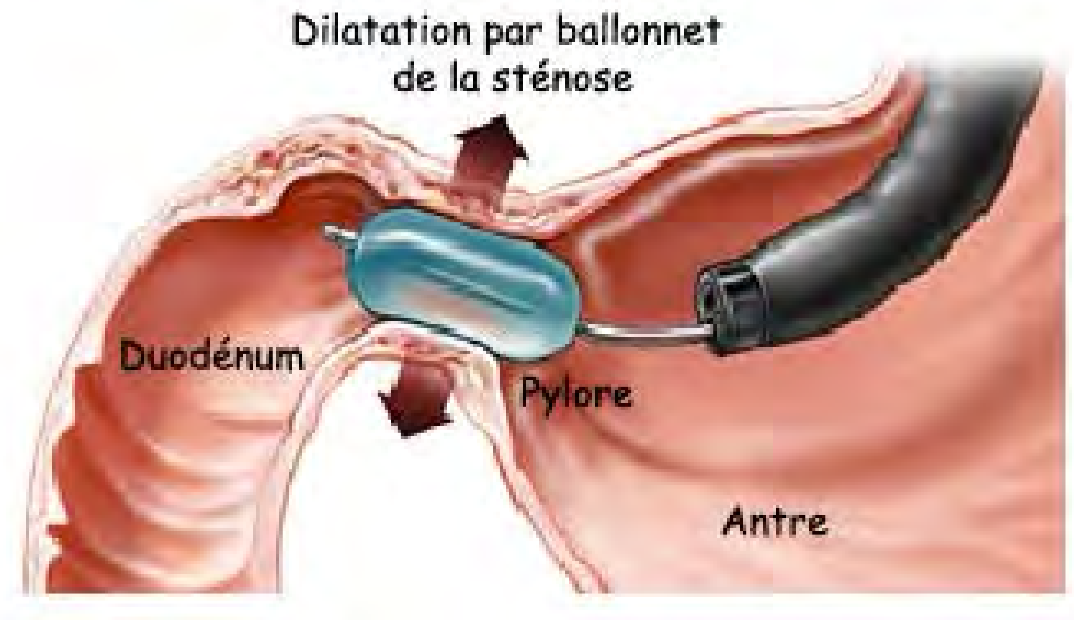
-catégories sociales ++

-TRT de première intention: dilatation endoscopique

-si échec:

VT +Pyloroplastie
VT+ Gastro- entéro -anastomose
Antrectomie +VT


Sténose
du Pylore
Duodénum
Antre


Dilatation par ballonnet
de la sténose
Duodénum
Pylore
Antre

Ulcère gastrique

A/ Hémorragie:

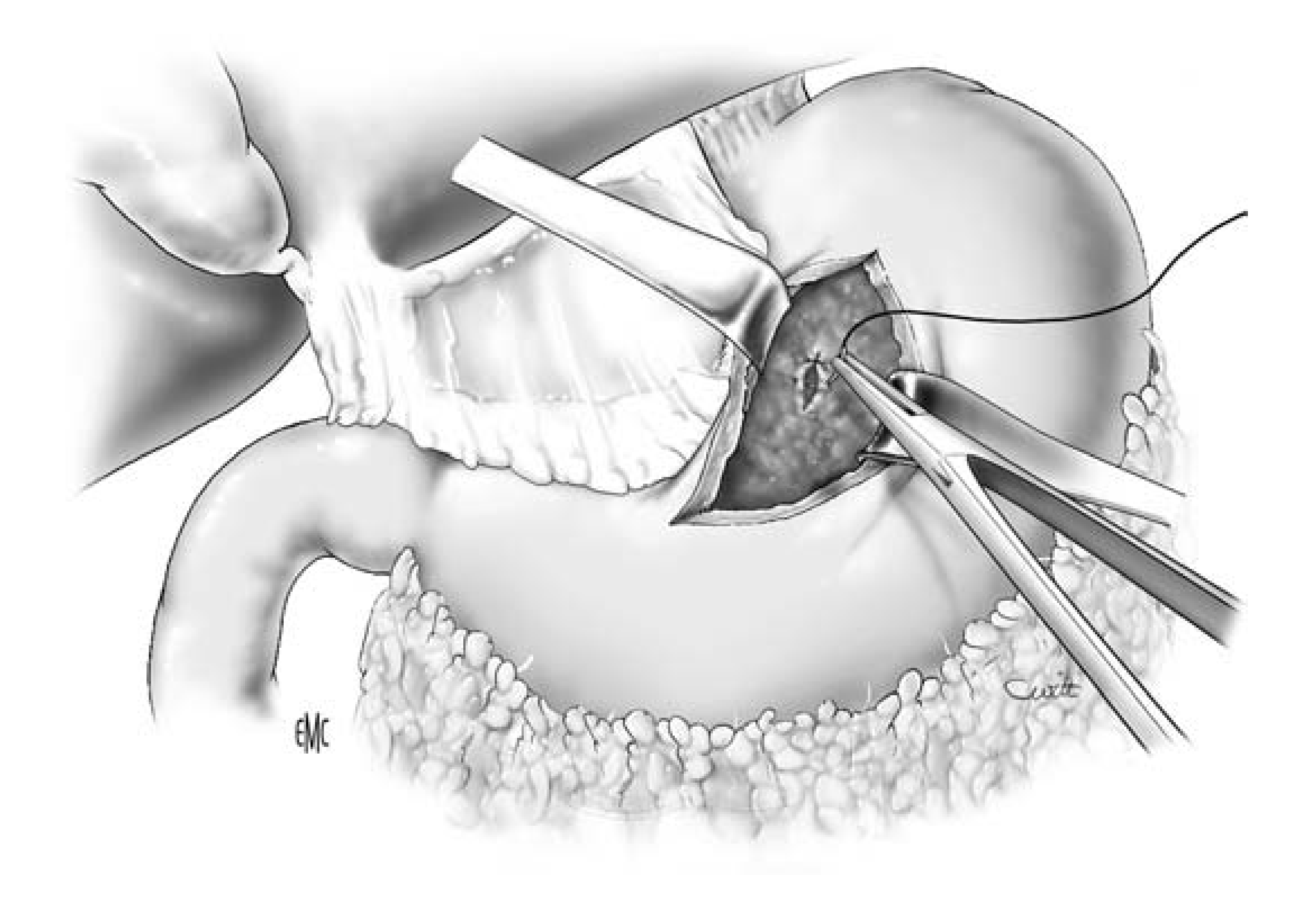
TRT endoscopique de première intention: coagulation ou injection d'adrénaline (90 % de succès).

Si échec, hémostase chirurgicale directe.

La lésion se trouve svt sur la petite courbure(pédicule gastrique gauche) : points en X d'hémostase après gastrotomie.

La gastrectomie est rare :

Patient sous anticoagulant
Hémorragie de stress
Hémorragie récidivante



Ulcère gastrique hémorragique. Suture directe de l'hémorragie.

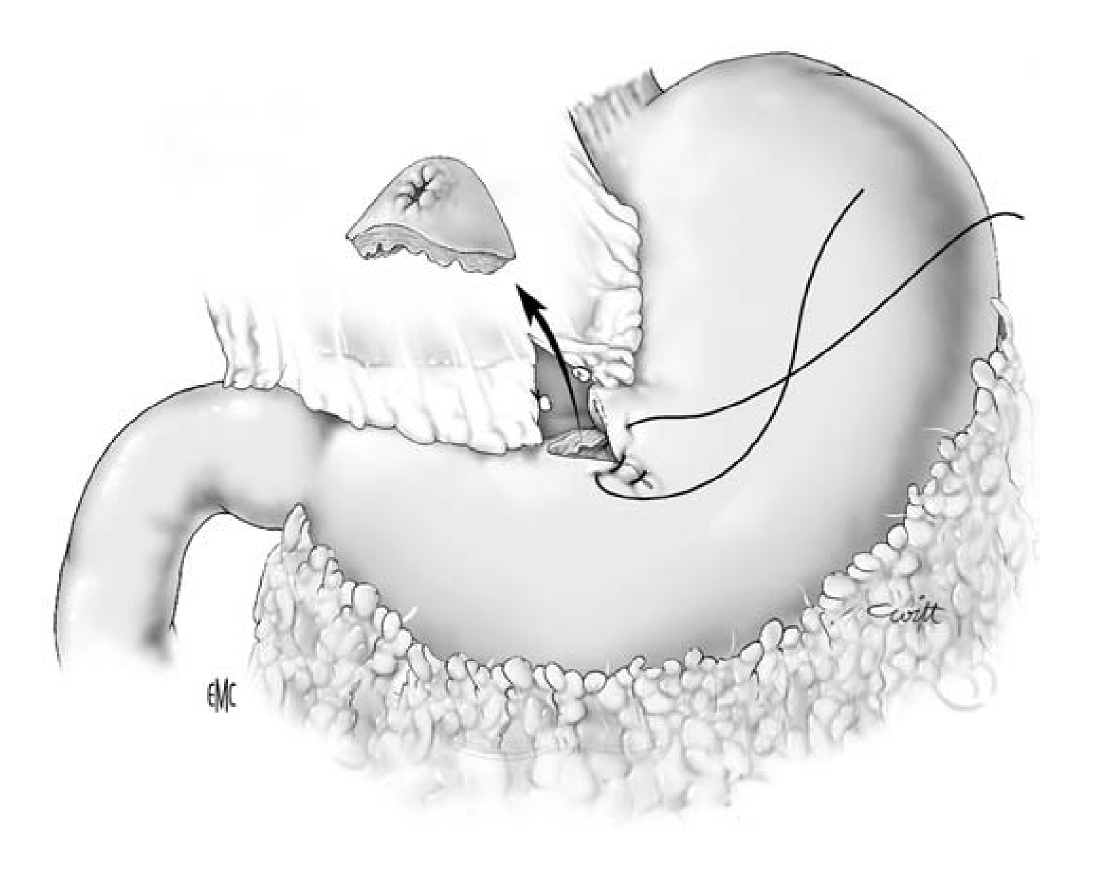
B/ Perforation:

Si aspect bénin => suture simple +/- épiplooplastie

Si siège sur la petite courbure: résection cunéiforme.

Si aspect malin: suture simple + biopsies multiples => Gastrectomie après bilan d'extension et préparation.

Si suture impossible: gastrectomie mais morbimortalité ++



Ulcère de la petite courbure gastrique : résection cunéiforme de la paroi gastrique et suture directe.

CONCLUSION

De maladie « chirurgicale », la maladie ulcéreuse est devenue une maladie médicale.

L'éradication d'Hélicobacter Pylori et le traitement par IPP ont restreint énormément les indications Chirurgicales.